UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1945-1946 - N° 65

HYGIÈNE HOSPITALIÈRE ET ASSISTANCE EXTRA-HOSPITALIÈRE DE L'ALIÉNÉ

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 5 Avril 1946

par

YVES-MARIE-GEORGES BARBANCEY

Interne à l'Hôpital Psychiâtrique de VAUCLAIRE (Dordogne)

né à SAINT-PARDOUX-LA-RIVIÈRE le 22 Juin 1917

Examinateurs de la Thèse

MM. CREYX professeur ..... *Président*
PERRENS, professeur.....
DERVILLÉE, professeur.... *Juges*
PIÉCHAUD, agrégé .....

BORDEAUX

IMPRIMERIE CASTERA

98, Rue Fondaudège

1947

BARBANCEY
(Yves-Marie-Georges)

Hygiène hospitalière et assistance extra-hospitalière de l'aliéné. — Bordeaux, Castera, 1947. — In-8°, 56 p.

(Thèse Méd. Bordeaux, 1945-1946. N° 65)

BARBANCEY
(Yves-Marie-Georges)

Hygiène hospitalière et assistance extra-hospitalière de l'aliéné. — Bordeaux, Castera, 1947. — In-8°, 56 p.

(Thèse Méd. Bordeaux, 1945-1946. N° 65)

BARBANCEY
(Yves-Marie-Georges)

Hygiène hospitalière et assistance extra-hospitalière de l'aliéné. — Bordeaux, Castera, 1947. — In-8°, 56 p.

(Thèse Méd. Bordeaux, 1945-1946. N° 65)

BARBANCEY
(Yves-Marie-Georges)

Hygiène hospitalière et assistance extra-hospitalière de l'aliéné. — Bordeaux, Castera, 1947. — In-8°, 56 p.

(Thèse Méd. Bordeaux, 1945-1946. N° 65)

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536503_0078

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1945-1946 - N° 65

HYGIÈNE HOSPITALIÈRE
ET
ASSISTANCE EXTRA-HOSPITALIÈRE DE L'ALIÉNÉ

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 5 Avril 1946

par

YVES-MARIE-GEORGES BARBANCEY

Interne à l'Hôpital Psychiâtrique de VAUCLAIRE (Dordogne)

né à SAINT-PARDOUX-LA-RIVIÈRE le 22 Juin 1917

Examinateurs de la Thèse

MM. CREYX professeur ..... . — *Président*

PERRENS, professeur... . — *Juges*

DERVILLÉE, professeur... . — *Juges*

PIÉCHAUD, agrégé ..... — *Juges*

BORDEAUX

IMPRIMERIE CASTERA

98, Rue Fondaudège

1947

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. DUPÉRIÉ.

ASSESSEUR : M. LABAT.

PROFESSEURS HONORAIRES :

M. DENIGÈS, DUPOUY, A. MANDOUL, PETGES, GUYOT, ANDÉRODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES,

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	CREYX.	*Zoologie et parasitologie*	R. SIGALAS
id.	DUPÉRIÉ.	*Médecine expérimentale*	AUBERTIN.
Clinique chirurg. et gynécol.	CHARRIER.	*Clinique ophtalmologique*	BEAUVIEUX
Clinique chirurgicale	PAPIN.	*Clinique chirurg. inf. et orthop.*	LOUBAT.
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE.	*Clin. des maladies infectieuses*	DAMADE.
Anatomie pathol. et microsc. clin.	DE GRAILLY.	*Chimie biologique et médicale*	MACHEBŒU
Anatomie	VILLEMIN.	*Physique méd. et pharmaceutique.*	N.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL	*Méd. col. et clin. mal. exotiques*	BONNIN.
Hygiène	PIÉCHAUD.	*Clin. malad. cutanées et syphilit.*	JOULIA.
Médecine légale et déontologie	DERVILLÉE.	*Clin. des mal. des voies urinaires.*	DARGET.
Electroradiol. et clin. d'él. médic.	N.	*Clin. mal. nerveuses et mentales.*	DELMAS-MARSALET
Chimie	CHELLE.	*Clin. d'oto-rhino-laryngologie*	PORTMANN
Botanique et matière médicale	GOLSE.	*Toxicologie et hygiène appliquée*	LABAT.
Pharmacie	VITTE.	*Hydrologie thérap. et climatol.*	N.
Physiologie	FABRE.	*Clinique odonto-stomatologique*	DUBECQ.
Clin. méd. des mal. des enfants...	FONTAN.		

PERRENS (*Maladies mentales*). FAUGÈRE (*Obstétrique*).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	DUFOUR.	*Chirurgie générale*	POUYANNE
Physiologie	N.	*Obstétrique*	N.
Médecine générale	N.	*id.*	MAHON.
id.	N.	*Ophtalmologie*	BESSIÈRES.
id.	N.	*Oto-rhino-laryngologie*	DESPONS.
id.	BRGUSTET.	*Dermatologie et syphiligraphie*	LE COULAN
id.	TRAISSAC.	*Physique médicale*	N.
id.	SARIC.	*Chimie gén. pharm. et toxicol.*	CASTAGNOU
id.	DUBARRY.	*Histoire natur. pharmaceutique*	GIRARD.
Chirurgie générale	N.	*Pharmacie*	MESNARD.
id.	MASSÉ.	*id.*	N.
id.	LAUMONIER.	*Histoire natur. méd. et parasitol.*	N.
id.	MAGENDIE.	*Histologie*	BROUSSY.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire	MASSÉ.	*Cryptogamie*	GIRARD.
Accouchements	MAHON.	*Pharmacie galénique*	MESNARD.
Puériculture	PERY.	*Bactériologie*	MOUREAU.
Zoologie et parasitologie	N.	*Physiologie*	Mlle ROUGI
Urologie	N.	*Chimie biologique*	TAYEAU.
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.	*Parasitologie et biologie appliqu.*	PAUTRIZEI
Ophtalmologie	N.	*Pathologie chirurgicale*	N.
Anatomie	RIGAUD.	*id.*	N.
Chimie minérale	CASTAGNOU.	*Electroradiologie*	CAILLON.
Botanique	GIRARD.		

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A LA MEMOIRE DE MON ONCLE,
LE GENERAL M. BARBANCEY

A MON PERE

A MA MERE

A MA TANTE, LA GENERALE M. BARBANCEY

En témoignage d'affection et de reconnaissance.

A MA FEMME ET A MA FILLE

A MON FRERE

A MA FAMILLE

A MA BELLE-FAMILLE

A MES AMIS

A MON JURY DE THESE

A MON PRESIDENT DE THESE,

MONSIEUR LE PROFESSEUR M. CREYX,

Professeur d'Hydrologie thérapeutique et climatologique,

Médecin des Hôpitaux,

Chevalier de la Légion d'Honneur,

Croix de Guerre,

Officier de l'Instruction Publique.

Qui nous a fait le grand honneur de vouloir accepter la présidence de cette thèse.

En hommage respectueux.

INTRODUCTION

Le travail d'hygiène et de prévoyance que nous présentons ici, nous a été inspiré par les conseils de M. le Professeur agrégé Piéchaud, au cours de notre séjour à l'Hôpital psychiâtrique de Vauclaire (Dordogne).

On pourra s'étonner de voir réunir sous une même rubrique l'hygiène hospitalière et l'assistance extra-hospitalière de l'aliéné, dont les relations ne paraissent pas évidentes.

Il nous a au contraire paru intéressant de souligner qu'il importe de ne pas marquer de discontinuité entre les soins hospitaliers et les précautions que nécessite l'état de l'aliéné sorti de l'asile, guéri ou amélioré. La réintégration dans le milieu familial, et plus encore professionnel, est souvent délicate. Le malade mental doit être considéré comme un convalescent fragile sur lequel il serait nécessaire d'exercer une surveillance compétente afin d'éviter les rechutes, d'une part, les heurts d'une réadaptation pénible, d'autre part.

Le malade interné, rendu à la société, y demeure trop souvent un désadapté, surtout si un séjour assez prolongé en établissement fermé a considérablement diminué son esprit d'initiative.

Dans les pages qui suivent, après une revue générale des grands problèmes d'hygiène que pose le traitement de l'aliéné en Hôpital psychiâtrique, nous étudierons ceux qui se posent à la sortie de ce malade et les mesures qu'il serait souhaitable de voir prendre et appliquer pour son reclassement.

APERÇU HISTORIQUE

Si la description, l'étiologie, la thérapeutique défensive ou active de l'aliénation mentale ont pris depuis cent cinquante ans dans la pathologie et la pratique médicale une place en rapport avec leur importance — importance croissante comme nous le verrons —, il ne faudrait cependant pas croire que l'étude et le traitement des maladies de l'esprit ne soit antérieur à la fin du XVIII[e] siècle.

L'histoire de la Psychiâtrie se confond, à ses origines — comme l'histoire de la Médecine —, avec celle des mythes et des religions. Stèles égyptiennes, inscriptions assyriennes et mésopotamiennes, textes de la Bible, décrivent, à ne pas s'y méprendre, des cas d'aliénation mentale (Cf. DELITZCH : *Mehr Licht*; CONTENAU : *La Médecine chez les Assyriens et les Babyloniens;* LAIGNEL-LAVASTINE : *Histoire de la Médecine T.I.;* Y.-André LE CANNU : *Evolution du traitement de l'aliénation mentale dans ses rapports avec la pathogénie*).

Mais, dans toutes les civilisations antérieures au classicisme grec, la folie est considérée comme une manifestation divine : l'aliéné est inspiré par les dieux bienfaisants ou possédé par une divinité infernale. Cette idée de deux principes des choses, l'un auteur du bien, l'autre du mal, est un produit spécifique de l'Asie occidentale et ne prévalut pas dans la Grèce antique. Les Δαιμων n'y eurent jamais le rôle de puissances démoniaques opposées aux dieux (Cf. PLATON, *Le Banquet*), alors que cet antagonisme défrayera les représentations judéo-syriennes et iraniennes » et, par delà l'antiquité, contaminera le Moyen-Age

chrétien (P. Masson-Oursel, *La Philosophie en Orient*, in *Histoire de la Philosophie*, par E. Brehier).

Purifications, conjurations et exorcismes, furent donc les méthodes adéquates d'hygiène et de thérapeutique mentales, conformes à une étiologie métaphysique de la folie; incantations, prières, sollicitations implorantes ou menaçantes, ingestion d'aliments aussi variés que répugnants, telles sont les seules armes dont dispose le praticien pour prévenir ou traiter les maladies de l'esprit, praticien qui, en l'espèce, est plus souvent le prêtre que le médecin — ce que nous verrons d'ailleurs persister pendant, en viron, les quinze premiers siècles de l'ère chrétienne (Cf. J. Filliozat : *Médecine et Magie;* U. Trelat : *Recherches historiques sur la folie*).

Cependant, avec le classicisme grec, l'école de Cos et son illustre fondateur, Hippocrate (vers 460 av. J.-C.), ouvre l'ère biologique de la médecine mentale. Hippocrate reconnaît la nature pathologique de la folie et la nécessité d'instituer, pour la combattre, un traitement médical et non magique.

Par là, il ouvre la voie à toute une lignée de médecins qui, à l'époque hellénistique et romaine, feront, les premiers, figure d'aliénistes : Aretee de Cappadoce, Soranus d'Ephèse, Coelius Aurelianus. De ces fondateurs de la Psychiâtrie, datent les plus anciennes prescriptions rédigées d'hygiène mentale : « Celse, le premier, conseille d'exercer l'intelligence et la mémoire du malade, de le distraire, de le faire voyager, mais aussi de le contraindre par la faim, les coups, les chaînes » (Y. Andre-Le Cannu : *op. cit.*, p. 35).

Comme l'ont dit Raynier et Beaudoin (*L'aliéné et les asiles d'aliénés, du point de vue administratif et juridique*) « le droit romain consacre l'incapacité juridique de l'aliéné ». Il institue, en effet, un régime juridique spécial au malade mental, d'une part, en établissant son irres-

ponsabilité pénale, d'autre part en le pourvoyant d'un curateur se substituant à lui. Cette institution, portant le nom de curatelle, était définitive pour les aliénés chroniques, du type dit « mente captus » et transitoire pour les malades atteints passagèrement ou périodiquement, du type dit « furiosus ».

C'est la première législation d'interdiction que nous rencontrons.

Nous avons dit que le Moyen-Age eut la même conception des maladies mentales que l'antiquité proche orientale : d'où les mêmes procédés thérapeutiques et prophylactiques, souvent même plus expéditifs, en ce sens que folie étant l'équivalent de possession démoniaque ou de sorcellerie, on considérait que la meilleure prophylaxie de l'aliénation était, au choix, de pendre ou de brûler vifs les malades...

Cela, signalons-le, à l'encontre, bien souvent, des ecclésiastiques qui conseillaient au contraire la douceur et la bienveillance envers eux.

C'est d'ailleurs aux seuls Ordres religieux qu'on doit, jusqu'en 1660, les quelques mesures de protection prises envers les aliénés, qui ne soient pas des mesures de défense contre eux. L'Asile des religieux de La Merci, à Valence (Espagne), au XV^e^ siècle, les Etablissements du Tiers-Ordre de Saint-François dans le Nord, des Pénitents noirs d'Avignon, de la Confrérie de Saint-Lazare à Marseille, furent les premiers centres à accueillir les aliénés en malades et non en possédés du démon, justiciables seulement d'exorcisme, d'incarcération ou de peine capitale.

Il est courant de dire que, jusqu'à la venue de PINEL et à la loi du 30 juin 1838, rien n'avait été prévu officiellement pour les malades mentaux. Nous venons de voir ce qu'avait fait jusqu'au milieu du XVIII^e^ siècle, l'initiative

privée, nous allons rapidement mentionner ce qu'organisa l'Administration antérieurement à la loi de 1838.

L'ordonnance royale du 16 septembre 1660 prévoyait la répartition des aliénés vers les quatre établissements qui leur étaient réservés à Paris : Bicêtre, Charenton, Salpêtrière ou Petites-Maisons.

L'hygiène psychiâtrique, à cette époque, était certainement assez rudimentaire, mais elle n'était pas, comme on pourrait le croire, négligée par l'autorité. Serieux et ses élèves (Cf. *Le Parlement de Paris et la surveillance des maisons d'aliénés et de correctionnaires au* XVII^e^ *et au* XVIII^e^ *siècles*) ont bien montré, à l'aide de documents d'archives, combien précises et efficaces étaient les règles édictées pour les aliénés et les correctionnaires, en vue des garanties de la liberté individuelle, par le Parlement de Paris et par les Ministres de l'Ancien Régime (R. Charpentier : *A.M.P.*, t. II, fasc. 1, 1939). Une commission de surveillance, placée sous l'autorité immédiate du Premier Président, contrôlait en effet l'installation, la tenue des locaux, l'habillement des malades, et en rendait compte à la Cour, qui faisait par ailleurs procéder à une inspection personnelle du Procureur général du Roi.

L'administration médicale et sociale des aliénés n'était donc pas à créer de toutes pièces après 1789, et les lois de 1790 et 1791 réglementent d'ailleurs la protection de la sécurité publique bien plus que celle des aliénés. Quoiqu'il en soit, c'est avec la nomination de Pinel comme médecin de Bicêtre que commence l'ère nouvelle de la Médecine mentale.

Il est classique de dire que les aliénés furent par lui délivrés des fers et des chaînes, « réhabilités et élevés au rang et à la dignité de malades ». Exactement, c'est grâce à son initiative, à son intelligente compréhension des problèmes si particuliers que pose l'internement des aliénés,

à ses vues originales, que la Psychiâtrie est entrée dans une voie nouvelle et a pu progresser.

Depuis Pinel, l'aliéné n'est plus considéré comme un incurable mais « comme un malade, un malade d'hôpital, qui a droit à des soins, et de même qu'on a pu organiser la lutte préventive contre certaines maladies, on est en droit de se demander si des mesures prophylactiques envers les maladies mentales ne peuvent être entreprises... » (Y. Andre-Le Cannu, *op. cit.*, p. 159).

C'est à ce double problème des soins hospitaliers aux aliénés et de la prophylaxie mentale que nous allons nous attacher.

PREMIERE PARTIE

Assistance Hospitalière de l'Aliéné

I. — LA REPARTITION DES ALIENES EN ASILE

Nous écarterons, d'abord, les problèmes que posent à l'hygiéniste la construction, l'aménagement et l'entretien de l'Hôpital psychiâtrique : ces problèmes, quel que soit leur intérêt, n'entrent pas dans le cadre de notre travail, que nous désirons limiter à l'hygiène spéciale au malade d'asile.

L'aliéné, par son état même, dans l'incapacité de suivre spontanément les règles de l'hygiène, de subvenir à ses besoins, de se protéger sans gêner autrui, doit trouver, dans un cadre adéquat, une organisation appropriée qui le mette dans les conditions physiques et morales les plus favorables à sa guérison.

La première étape est de réaliser un judicieux classement des malades, en s'efforçant de grouper par division ou « quartier » les aliénés ayant à peu près le même comportement. Le nombre des quartiers devrait être de cinq dans chaque service d'hommes ou de femmes, ceci dans le but à la fois d'être utile aux malades — en n'exposant pas, par exemple, les hospitalisés calmes aux cris et aux réactions impulsives des agités — et de faciliter la tâche

du personnel infirmier, en groupant dans des pavillons séparés les malades gâteux, les épileptiques, les sujets atteints, au cours de leur internement, par une affection intercurrente nécessitant des soins particuliers et vigilants. La bonne tenue de l'établissement et l'intérêt des aliénés nécessitent cette répartition, qui est réalisée avec plus ou moins de discrimination suivant l'importance des Hôpitaux psychiâtriques.

MM. Raynier et Lauzier ont insisté — (*Construction et aménagement de l'Hôpital psychiâtrique et des Asiles*) — sur l'importance de ce groupement par ailleurs obligatoire, et dont aucun psychiâtre ne saurait méconnaître l'utilité, — mais qui a pourtant fait encourir aux asiles le reproche de former des hôpitaux trop individualisés, ayant une répartition bien caractéristique, et, par cela même, augmentant le discrédit qui pèse sur eux et « la soi-disant tare de l'internement ».

Quand les statistiques accusent une augmentation de 50.000 aliénés internés en 20 ans (1918-1938), nous ne pouvons que répondre, avec les auteurs ci-dessus mentionnés: « A l'époque même où l'on réclame et où l'on obtient des sanatoria spécialisés pour les tuberculeux, des centres anticancéreux, etc., n'est-ce pas étrange ou paradoxal de tendre en définitive à déposséder les asiles de leur mission séculaire de traitement et d'hospitalisation des troubles psychopatiques au profit de service d'hôpitaux-hospices généraux non réglementés ni outillés à cet effet... En réalisant de nouveaux progrès dans le régime des aliénés, en modernisant la loi de 1838, ayant au nombre de ses caractéristiques d'être aussi une loi de protection des malades, et en poursuivant des perfectionnements dans l'organisation des asiles, leur mauvais renom pourrait disparaître plus rapidement, surtout si tous se montrent effectivement ce qu'ils doivent être : des hôpitaux-hospices spécialisés,

rationnellement compartimentés » (Raynier et Lauzier, *op. cit.*, p. 141).

En résumé, nous retiendrons donc, avec la nécessité de traiter l'aliéné dans le cadre d'une établissement spécialisé, la répartition également nécessaire des malades en sections ou quartiers.

Pour mémoire, à côté des indispensables quartiers suivants :

— quartier d'admission
— quartier d'infirmerie

souvent réunis;

— quartier d'agités;
— quartier de gâteux;
— quartier d'épileptiques et de chroniques;
— quartier de travailleurs calmes,

la possibilité de pavillons spéciaux pour alcooliques, toxicomanes, tuberculeux — mis à part, bien entendu, les pavillons d'enfants qui doivent former à eux seuls un service spécial, sinon un établissement particulier.

A l'Hôpital psychiâtrique de Ville-Evrard, comme dans un certain nombre d'asiles étrangers, on a créé un pavillon spécial pour les alcooliques, qui y sont l'objet d'une étroite surveillance. Cependant « des services spécialisés de ce genre, recevant nombre de récidivistes souvent dangereux et cumulant un nombre d'internements vraiment ahurissant, supposeraient, pour être pleinement efficaces, l'existence d'une législation appropriée, souventes fois réclamée tant pour les alcooliques que pour divers toxicomanes » (Raynier et Lauzier, *op. cit.*, p. 87).

Pour ce qui est des aliénés difficiles, un service leur est réservé dans un des établissements de la Seine, à l'Hôpital psychiâtrique de Villejuif, la section Henri-Colin, où les internés agressifs et criminels sont soumis à une discipline rigoureuse, comme dans les « quarties de sûreté »

plus récents des asiles de Hoerdt (Bas-Rhin) et de Montdevergues (Vaucluse).

Quant aux aliénés tuberculeux, nous aurons l'occasion de dire longuement, plus loin, l'importance qu'il serait nécessaire d'attacher à leur isolement. L'Hygiéniste ne saurait assez donner son attention à cette question de la coexistence fréquente de la tuberculose avec l'aliénation mentale, situation qui, pendant les années de guerre, s'est singulièrement aggravée.

Terminons ces considérations sur le classement des aliénés par une remarque sur l'intérêt que présente une organisation comme le service libre de prophylaxie mentale, créé en 1922 par le Docteur Toulouse et devenu l'Hôpital Henri-Rousselle : affranchi des formalités de la loi de 1938, il permet de traiter les malades en cure libre.

Nous reviendrons, dans le seconde partie de ce travail, sur l'urgence de donner plus d'extension à une telle entreprise et la nécessité de créer, dans toutes les grandes villes, des centres de même modèle.

II. — HYGIENE SPECIALE AUX DIFFERENTES CATEGORIES D'ALIENES

Ce que nous venons de dire de la répartition des aliénés dans les asiles, nous introduit maintenant à insister sur les soins spéciaux d'hygiène que nécessitent les différentes catégories de ces malades.

Nous n'insisterons pas ici sur les « petits soins » corporels qui sont communs à tous les hospitalisés : mentionnons seulement, à ce propos, que ces détails ont une importance accrue chez des sujets que leur état mental porte à négliger leur toilette et mépriser les préceptes les plus élémentaires de propreté et de décence. Il appartient aux médecins d'hôpitaux psychiâtriques de former un personnel infirmier spécialisé et entraîné : son rôle, en pareille

matière, est de premier plan; il n'est, du reste, qu'une modalité de sa fonction de surveillance et d'assistance.

Il importe de signaler ici les dispositions d'hygiène particulières à envisager en considération de l'état de certains aliénés. Nous avons dit la nécessité de réunir dans un quartier spécial les *malades gâteux*, par exemple. Si la facilité du traitement trouve son compte à cet isolement — (d'ailleurs prescrit par l'ordonnance de 1849) — c'est justement grâce à une organisation hygiénique adéquate. Insistons sur l'importance de la bonne exposition du dortoir de ces malades, de sa large aération, de son vaste cubage d'air, d'un sol carrelé journellement lessivé ou javellisé, si possible de lits spéciaux pourvus de paillasses désodorisées, fréquemment renouvelées, avec, au besoin, un dispositif de vidange mobile. Dans ces conditions, et avec l'aide d'un personnel dévoué et avisé, une division de malades malpropres peut, même sans le secours de locaux modernes et neufs, présenter un aspect aussi impeccable que celui de n'importe quel autre service hospitalier.

Dispositions spéciales également, pour le quartier d'*infirmerie*, où il serait souhaitable de trouver, constamment désormais, à côté de la salle de pansements ou conjuguée avec elle, une chambre réservée aux séances d'électrochocs, chambre dont la contiguïté avec le dortoir permettrait un retour du malade dans son lit.

Bien favorable est aussi, dans un tel quartier, l'aménagement de « boxes », vitrés à mi-hauteur, et ouverts par devant, permettant une surveillance facile, une clarté parfaite, et un isolement suffisant, puisqu'il n'y a pas, en général, de pavillon spécial pour les tuberculeux, et qu'en cas d'épidémie, les chambres d'isolement se trouvent rapidement en nombre trop réduit. Un aspect particulièrement recherché et avenant de ce local est désirable, il n'est pas inutile de le dire, puisqu'il est, bien souvent, la première

étape des malades entrants. Quand il s'agit de sujets conscients, à plus forte raison de déprimés mélancoliques, une impression de netteté rassurante est un précieux adjuvant thérapeutique.

L'Hygiéniste devra prévoir, aussi, une organisation adéquate aux *quartiers d'agités*, et là, bien des conceptions se partagent la faveur des aliénistes, tant il est difficile d'unir le maximum de sécurité au minimum de contrainte. Les moyens d'aération et d'éclairement doivent cependant permettre de prévenir tout accident, en fonction de quoi tout le mobilier doit être conçu : carreaux de verre incassables; tables lourdes, fixées au sol; lits bas, immobilisés, largement espacés; suppression de tout meuble susceptible de devenir une arme (chaises, escabeaux, tabourets).

La méthode du « no-restraint » doit être appliquée autant que faire se peut, dans les limites, bien entendu, de la sécurité du personnel et des malades ainsi que de la bonne tenue de la division. Le maintien d'un malade au lit par des entraves de toile suffit parfois à lui rendre le calme, mais ne doit être réalisé qu'en dernier ressort.

A plus forte raison, la contention en camisole ou en maillot de force, désormais exceptionnellement employée. Ces moyens peuvent, cependant, par exemple à la suite d'un acte de violence prémédité, prendre, pour le malade, une valeur punitive et parfois même, être une leçon profitable.

A côté de ces dispositions d'hygiène hospitalière absolument indispensables, adaptées à des malades aussi spéciaux que les gâteux, les agités ou les aliénés atteints d'infections intercurrentes, on s'est préoccupé de créer des aménagements conçus pour les autres malades d'hôpitaux psychiâtriques, comme les épileptiques ou les travailleurs calmes, afin d'assurer aux premiers une sécurité suffisante et une limitation maxima des risques d'accidents, aux seconds, une organisation propre à leur état d'améliora-

tion ou de suffisante lucidité, dans un cadre plus avenant, agrémenté de distractions variées et inoffensives.

On ne saurait assez louer de semblables initiatives qui, loin d'être superflues, joignent à leur valeur humanitaire une incontestable valeur psychologique.

III. — HYGIENE ALIMENTAIRE ET INTERNEMENT

Les données théoriques que permet de dégager l'étude des principes généraux d'hygiène alimentaire et de diététique à l'état normal, doivent subir certaines modifications quand on les applique au régime des aliénés. Ces malades ont bien souvent des troubles occultes de métabolisme des lipides ou des protides qui doivent être compensés par une alimentation riche et ce sont aussi de gros mangeurs, malgré la réduction d'activité de la plupart, car ils n'ont pour les aliments qu'un coefficient d'utilisation assez faible.

Ces faits ont été bien mis en évidence ces dernières années pendant lesquelles des restrictions alimentaires brutales et massives ont fait apparaître des troubles particulièrement graves chez les aliénés. Nous exposerons ici les principaux aspects de cette pathologie d'actualité, que l'on peut déjà juger avec quelque recul, du fait de la quasi-disparition, soit que le régime des asiles se soit considérablement amélioré en certaines régions, soit que les individus les plus faibles ayant été éliminés, les sujets restant se présentent comme plus résistants ou mieux adaptés.

Etudiant ces troubles chez les malades de la Maison nationale de Charenton, M. Bachet (*Etude des troubles causés par la dénutrition dans un asile d'aliénés*, thèse, Paris, 1943), expose au début de son ouvrage la situation alimentaire telle qu'elle se présentait en asile antérieurement aux restrictions. « Jusqu'en juin 1940, tous les mala-

des ont reçu une alimentation riche. Au petit déjeuner, le lait était abondant, le pain donné à volonté. Le repas de midi comportait un premier plat abondant de viande, poisson ou charcuterie, considéré comme hors-d'œuvre. Un plat principal de viande, plus rarement de poisson, un plat de légumes, un dessert composé de fromages quatre fois par semaine, de fruits ou pâtisserie trois fois par semaine. Le repas du soir comportait un potage très riche en pâtes, un plat de viande ou de poisson quatre fois par semaine, remplacé les trois autres jours par un plat de légumes. Un second plat de légumes abondant, deux desserts (généralement une pâtisserie et un fruit). Les matières grasses étaient partout abondantes, le pain était fourni à discrétion. Quant au poids des aliments de chaque plat, il est impossible à évaluer, du fait que le malade recevait à volonté de presque tout, et les différences variaient avec chaque appétit... » (*Op. cit.*, p. 17).

Dans le volume de Raynier et Beaudoin, que nous avons déjà fréquemment cité (*L'aliéné et les asiles d'aliénés, au point de vue administratif et juridique*), les auteurs rapportent des régimes alimentaires approuvés par les règlements pour des asiles de province (Asile de Saint-Luc, à Pau; Bailleul, Nord; Château-Picon) entre les années 1921 et 1926, qui montrent que les menus précédemment détaillés n'étaient pas le monopole des hôpitaux psychiâtriques de la Seine et que les articles 126 à 137 du « réglement du service intérieur sur le régime alimentaire » dans les établissements régie par la loi du 30 juin 1838 étaient respectés dans la mesure la plus large.

Aussi, conçoit-on que les malades se soient montrés sensibles à un changement de régime aussi radical que celui qui leur fut imposé à partir de l'hiver 1940-1941. Comparant les besoins énergétiques considérés comme normaux (Mme Randoin, Richet, Lapique) à la valeur des aliments attribués aux malades internés entre avril et décembre

1941, M. M. Bachet (*Op. cit.*, p. 26-27) met en évidence un décalage s'établissant comme suit :

	VALEURS NORMALES par jour	VALEURS EN 1941 par jour
Valeur énergétique	2.400 cal.	1.400 à 1.800 cal.
Lipides d'origine animale	25 gr.	8 gr. 8
Protides d'origine animale	30 gr.	16 gr.
Calcium	845 mgr.	455 mgr.
Hydrates de carbone	420 gr.	310 gr.
Phosphore	1.200 mgr.	1.070 mgr.

(Cette enquête ayant porté, rappelons-le, sur les malades de la Maison nationale de Charenton.)

L'auteur signale deux ordres de manifestations pathologiques apparues pendant la période qu'il étudie :

1° Des œdèmes de dénutrition, très extensifs, aboutissant assez souvent à l'anasarque complet, avec fonte musculaire, disparition hypo ou athrepsique des réserves graisseuses, état cachectique rapide et mort en coma hypoglycémique;

2° Des cas d'érythèmes pellagreux, certains, mais sporadiques, avec glossite et diarrhée épidémique. Des dosages biologiques montraient un abaissement du taux normal de vitamine PP dans le sang, s'élevant sous l'influence du traitement par l'amide nicotinique.

Il insiste particulièrement sur le fait de l'absence, dans les œdèmes cachectiques, de signes de néphrite, ou de cardiopathie, ou de béri-béri, bien qu'il ait abondamment signalé la carence des aliments issus de graines (haricots, pois, lentilles) et le bon effet de la réapparition de ceux-ci en avril 1942.

Cependant, à la séance du 23 juin 1941 de la Société Médico-Psychologique (Cf. *A.M.P.*, 3-4, 1941) MM. Sivadon et Queron faisaient une communication « sur la sensibilité

particulière des malades mentaux à l'avitaminose B 1, à propos d'une épidémie de troubles carentiels de type béri-bérique à la Colonie familiale d'Ainay-le-Château ». Ils décrivaient deux tableaux cliniques fréquemment observés en six mois, ayant entraîné 41 décès sur une population de 800 malades environ, et atteignant électivement les imbéciles et les paralytiques généraux :

1° Une forme œdémateuse (48 cas, 27 décès), hypothermique, diarrhéique, avec anasarque rapide, non influencée par les diurétiques habituels, plus favorablement par la vitamine B 1 (1 à 4 cgr. en injections intra-veineuses ou sous-cutanées);

2° Une forme cachectique (19 cas, 14 décès) avec fonte musculaire et troubles parétiques des membres inférieurs, allant parfois jusqu'à un véritable syndrome polynévritique, avec ou sans abolition des réflexes patellaires.

A la même séance, MM. Montassut, Durand et Ripart, présentaient 14 observations d'« Avitaminose B 1 au cours de psychopathies chroniques » se manifestant sous les deux aspects précédemment décrits : forme œdémateuse, forme polynévritique, où les auteurs reconnaissaient les deux principales formes cliniques de l'avitaminose B 1, en faisant remarquer que l'apparition de ces troubles avait coïncidé avec « la suppression de l'orge cortiqué qui avait fait la base de la ration alimentaire du soir durant tout l'hiver ».

Enfin, toujours à la même réunion, reprenant les données communiquées précédemment, M. Abely les résumait en indiquant que les troubles réflexifs étaient inconstants et les troubles polynévritiques rares ou incomplets; il s'agissait moins de cas typiques de béri-béri que de carences associées B 1 et B 2.

Quoiqu'il en soit, nous voudrions insister maintenant, avec les rapporteurs de la communication d'Ainay-le-

Château, sur le fait du facteur psycho-pathologique dans les troubles carentiels observés.

On a signalé très peu d'accidents semblables dans les milieux hospitaliers non psychiâtriques et moins encore dans la population civile. S'il s'agissait de malades asilaires, comme dans l'étude de M. Bachet, on pourrait évoquer les conditions défavorables de l'internement, mais nous sommes, avec les pensionnaires de la Colonie familiale, en présence de psychopathes répartis dans une population civile dont ils partagent la vie et l'alimentation et qui furent seuls dans le pays à être atteints, affectés d'une mortalité rapidement triplée, tandis que l'état sanitaire de la population nourricière demeurait excellent.

Nous retiendrons donc, en toute adhésion, la conclusion de MM. Sivadon et Queron : « Dans un service fermé, l'identité du régime alimentaire pourrait expliquer l'identité des troubles carentiels constatés; la promiscuité des malades pourrait permettre d'invoquer un élément de contagion. Dans une Colonie familiale, au contraire, seule la tare nerveuse dont ils sont atteints peut être invoquée pour expliquer la fragilité particulière de nos malades ».

Nous avons rapporté, avec quelques détails, les troubles carentiels observés pendant la récente crise de sous-alimentation, afin de mettre en relief l'importance d'un régime alimentaire adapté à ces hospitalisés spéciaux que sont les malades aliénés. Nous venons de voir qu'ils manifestèrent des symptômes avitaminiques n'ayant pas frappé les individus mentalement sains, ou restés chez eux inapparents. Il existe donc une diététique particulière des aliénés que les psychiâtres se doivent de connaître et d'appliquer dans les établissements destinés à ces malades.

Déjà Pinel attirait l'attention sur ce point et cherchait à en dégager les causes : « L'agitation continuelle des aliénés, leurs mouvements musculaires non interrompus durant leurs actes d'extravagance ou de fureur, leur chaleur animale exaltée et la vigueur dont ils jouissent, expliquent naturellement une sorte de voracité qui leur est propre, et qui, quelquefois, est si extrême, que certains d'entre eux vont jusqu'à consommer par intervalles environ deux kilogrammes de pain par jour (Cité par Raynier, Beaudoin, Briau et Pinard : *Le régime alimentaire des asiles d'aliénés*, in *L'Aliéniste français*, avril 1934).

Dagonnet, Ball, Magnan, Regis ont insisté sur l'importance d'une « alimentation saine, tonique et réparatrice » et ces auteurs ont parfois mentionné l'intérêt qu'il y aurait à instituer non pas un seul régime mais plusieurs régimes adaptés à chaque catégorie d'aliénés.

Reprenant cette notion, MM. Raynier et Beaudoin, qui l'avaient déjà exposée dans *L'Aliéné et les asiles d'aliénés au point de vue juridique et administratif*, la développent dans l'article cité de *L'Aliéniste Français*. A propos de chaque variété nosologique, ils décrivent les modifications qu'il serait utile d'apporter dans le régime alimentaire : régime lacté des confus et des délirants aigus; alimentation abondante des maniaques et des agités divers, dont la déperdition énergétique est énorme; régime reconstituant sous petit volume, très digestible, chez les mélancoliques; suralimentation fréquemment nécessaire des déments précoces, si prédisposés à la tuberculose, etc. Aussi les auteurs présentent-ils, à côté du « régime étalon » proposé par le réglement administratif, un certain nombre de « variations » sur ce thème commun, réalisant les principaux types suivants :

Régime des travailleurs : supplément hydrocarboné prévalent; rations hivernales d'aliments gras.

Régime des enfants : ration d'accroissement. Albuminoïdes en proportion plus notable. Age et poids pris en considération.

Régime de déperdition azotée : (Infections intercurrentes, convalescences, tuberculose). Rations d'abuminoïdes augmentées, viande crue pulpée, régime semi-liquide.

Régime hypoazoté, lactovégétarien : vieillards, psychoses préséniles, indications tirées de l'examen organique

Régime lacté intégral : selon les indications particulières.

Régime lacto-ovo-végétarien strict ou mitigé : Affections mentales aigües avec excitation. Nécessité d'alimentation substantielle malgré l'opposition du malade : états mélancoliques.

Régime déchloruré.

(Extrait de Raynier et Beaudoin, *art. cit.*, p. 251-256.)

Il n'est pas douteux qu'un tel programme ne soit un remarquable progrès sur le régime unique asilaire, modifié par les seules nécessités d'une affection intercurrente ou les fantaisies des malades. Si l'on ne peut encore, à l'heure actuelle, songer à le suivre intégralement, on se doit d'en retenir l'excellence et de conclure, avec les auteurs, par ces mots de Paris : « On peut et on doit considérer aujourd'hui le régime alimentaire de l'aliéné non seulement comme devant tendre à accroître la longévité, mais comme base ou moyen de traitement curatif, palliatif ou préventif ».

IV. — LES MALADIES INFECTIEUSES EN ASILE

L'Hôpital psychiàtrique, comme toutes les collectivités, surtout si elles sont fermées, est sujet aux épidémies. Pour étudier les caractères particuliers avec lesquels se présentent les maladies contagieuses en asile et la prophylaxie qui s'en dégage, nous nous limiterons à deux affec-

tions particulièrement fréquentes et persistantes dans les hôpitaux psychiâtriques : la dysenterie bacillaire et, surtout, la tuberculose, dont la coexistence si frappante avec certains états mentaux pose des problèmes d'hygiène hospitalière d'un intérêt primordial.

1° La dysenterie dans les asiles et les états dysentériformes

Se présentant tantôt avec un rythme saisonnier, tantôt en propagation épidémique, tantôt de façon latente et presque inapparente, la dysenterie des asiles est bien connue des aliénistes, avec ses manifestations spéciales : formes grustes, le plus souvent, caractérisées par une diarrhée insolite, rebelle, extensive, avec entérite modérée, où il est difficile de mettre en évidence les épreintes et le ténesme, pathognomoniques de cette affection chez les individus normaux.

Pinel, *dans son Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*, relate les ravages faits par l'entérite en l'an IV, dans les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière, qui causa la perte d'un très grand nombre de malades.

L'affection est d'autant plus dangereuse que la prophylaxie en est plus difficile, chez des sujets inéducables, dont l'état mental favorise une moindre résistance organique, bien que l'on puisse considérer comme possible, chez les vieux hospitalisés, « une immunisation occulte, consécutive à des infections inaperçues » (Cf. Snegaroff : *La dysenterie bacillaire dans les hôpitaux psychiâtriques. Sa prophylaxie.* Thèse de Paris, 1942).

Nous ne nous occuperons pas ici de la thérapeutique de cette maladie infectieuse, qui a été entièrement renouvelée, depuis 1943, par la mise au point de la *Sulfaguanidine* (2.275 RP. Ganidan).

L'efficacité de la chimiothérapie ne doit pas faire négliger les mesures prophylactiques indispensables : isolement des malades, si possible en pavillon de contagieux; protection du personnel par le port de blouses supplémentaires dans le quartier infecté; interruption des sorties de malades travaillant habituellement dans les services généraux; désinfection et évacuation soigneuse des déjections, etc, etc.

Enfin, l'hygiène alimentaire a son mot à dire sur cette question, car on a constaté de véritables épidémies de diarrhées dysentériformes, sans pouvoir mettre bactériologiquement en cause les bacilles de Shiga ou de Flexner, diarrhées d'étiologie carentielle, du type de celles que nous avons signalées dans le précédent chapitre. C'est attirer de nouveau l'attention sur l'importance d'une alimentation suffisamment reconstituante chez les aliénés : nous croyons avoir assez insisté sur ce point.

2° Tuberculose et aliénation mentale

Nous abordons ici un sujet maintes fois à l'ordre du jour durant cette première moitié du siècle et qui a fait l'objet d'un nombre considérable de travaux et de publications. Un des plus récents, la thèse de Perrot : *Les problèmes de la lutte anti-tuberculeuse dans les asiles d'aliénés* (Paris, 1936), est une mise au point extrêmement complète de la question, sous ses multiples aspects : épidémiologie, dépistage, prophylaxie, isolement, thérapeutique.

Ce problème s'est posé avec une acuité particulière durant ces dernières années, où les restrictions alimentaires ont été vraisemblablement à l'origine de la proportion élevée de formes graves de tuberculose à évolution rapide qui, signalée dès le mois de mai 1941, a encore augmenté jusqu'en juin 1943.

Dans une communication à la Société Médico-Psychologique, en mars 1943, M. J. Vie et ses collaborateurs, mettaient en valeur les deux facteurs étiologiques de l'augmentation de la tuberculose dans les asiles : d'une part, la dénutrition croissante des malades, bien qu'au pavillon sanatorial de Maison-Blanche la mortalité ait été moins élevée qu'au service général en raison d'un supplément alimentaire qui, quoique minime, a cependant limité l'extension de la mortalité; d'autre part, le degré d'atteinte cérébrale, qui agit, selon l'expression même du rapporteur, « d'abord par ses composantes psychiques, mais aussi par des troubles habituels du métabolisme ». L'importance de cette question de la tuberculose en asile nécessite donc une organisation spéciale de la cure tuberculeuse chez les aliénés internés. Nous grouperons sous trois chefs les mesures qui s'imposent en pareil cas :

a) *Le dépistage :* précoce et obligatoire, avec des examens systématiques dès l'entrée de tout aliéné, naturellement, et périodiquement pour les malades en traitement, comme le recommande Porot (d'Alger) (Cf. *La tuberculoise des aliénés*, A.M.P. II, 4, 1944). L'examen clinique devrait pouvoir toujours être complété par le contrôle radiologique, fait à l'hôpital même, afin d'éviter de laisser échapper le moindre cas de tuberculose. Ces examens seront utilement appuyés par les recherches biologiques (cuti-réaction, crachats, selles);

b) *L'isolement :* des aliénés atteints de tuberculose, pulmonaire, osseuse ou ganglionnaire, est une mesure dont la nécessité ne fait aucun doute, dans l'intérêt des tuberculeux, mieux soignés, bénéficiant d'un régime meilleur, comme dans celui des malades non contaminés. D'ailleurs ce problème se pose actuellement, nous l'avons dit, avec une insistance de plus en plus grande, puisque, les uns après les autres, les hôpitaux psychiâtriques créent leurs services de tuberculeux. A côté du pavillon sanatorial de

Maison-Blanche pour les aliénées tuberculeuses de la Seine, citons ceux de la Colonie agricole de Chezal-Benoist (Cher) pour les hommes, de l'Asile de Mareville-Nancy, de Blidah (Alger), de Clermont (Oise). Raynier et Lauzier, dans leur ouvrage de 1935, *Construction et aménagement de l'hôpital psychiâtrique et des asiles*, préconisaient le principe du pavillon séparé pour les aliénés tuberculeux et spécifiaient à cet égard : « Ce service remplira les conditions techniques et hygiéniques prévues par le décret du 10 août 1920, modifié les 11 octobre 1924, 14 décembre 1927 et 30 mai 1932, pour les sanatoriums publics et établissements assimilés : conditions auxquelles il est fait renvoi en ce qu'elles ont ici d'applicable (*Op. cit.*, p. 82).

Quant aux conditions pratiques de réalisation de tels services, surtout à l'heure actuelle, elles sont en général fonction des ressources financières de l'hôpital psychiâtrique et du chiffre de sa population. Aussi ne saurait-on encore rendre obligatoire le système du pavillon ou du quartier sanatorial. Mais on peut et on doit grouper les tuberculeux, à l'intérieur de leurs quartiers respectifs, dans des salles et dortoirs à eux réservés, où l'on veillera à obtenir une alimentation suffisante, une aération et une insolation assez fortes, le respect, autant que possible, des principes essentiels de la cure sanatoriale : allongement et silence à heure fixe, éducation sputative, si on le peut, régularité des repas, du sommeil, des prises de température... Mieux vaut naturellement le pavillon spécial, avec sa galerie de cure exposée au Midi, cette installation nécessitant évidemment une extrême surveillance par le personnel infirmier. Porot, cependant, propose plus encore : « Si cette solution d'un pavillon spécial dans chaque hôpital psychiâtrique est nécessaire, est-elle suffisante ? Il ne le semble pas, et les propositions faites par D. Coulomb et M. Letailleur (*Essai de radioscopie systématique en*

milieu psychiâtrique, A.M.P., mars 1944) de créer, dans le cadre de l'organisation régionale de la Santé, des hôpitaux psychiâtriques-sanatoriums, semblent très judicieuses.

c) *Le traitement anti-tuberculeux en asile* est lié au degré d'isolement des malades. C'est encore mettre l'accent sur l'intérêt du pavillon sanatorial ou de l'asile sanatorium dont l'organisation spécialisée permet la pratique courante des insufflations et, le cas échéant, des sections de brides et des thoracoplasties.

Nous voudrions, avant de clore ce chapitre, dire un mot des relations de la tuberculose avec certains états mentaux, la connaissance de ces relations intéressant en effet l'hygiéniste par son rôle dans le dépistage prématuré des aliénés bacillaires. On a remarqué la sensibilité particulière des déments précoces à l'infection tuberculeuse. Sans qu'on puisse encore préciser la nature exacte de cette sensibilité, on peut dire, avec Vie, que « les déments précoces sont défavorisés dans la lutte pour la vie : détachés des contingences matérielles, ne ressentant que peu l'appel instinctif de la faim, dépourvus d'initiative, n'utilisant que bien mal les aliments qui leur sont attribués, ces malades sont les premiers de tous la proie de la cachexie par dénutrition ». Leur état mental joue donc avant tout un rôle de prédisposition morbide.

Dépistage précoce, prophylaxie intense, groupement dans un pavillon spécial, sous une direction médicale unique, de préférence, ayant la double compétence psychiâtrique et phtysiologique, ainsi se présentent les mesures nécessaires de l'hygiène des aliénés tuberculeux.

Nous conclurons avec Porot (*Art. cit.*) : « Ces mesures permettront d'obtenir, non seulement au point de vue phtysiologique, mais en core dans le domaine psychiâtrique, des résultats souvent étonnants, tant les traitements étiologiques restent la base de toute thérapeutique efficace ».

DEUXIEME PARTIE

Assistance Extra-Hospitalière de l'Aliéné

« Le type classique d'assistance, centré sur l'asile d'aliénés, ne suffit plus à l'époque actuelle. La lutte contre les psychopathies doit viser, non à séquestrer, mais à maintenir autant de sujets qu'on le peut dans le domaine de la vie normale. Aussi l'assistance extra-hospitalière a-t-elle pris un développement considérable ».

Ainsi s'exprimait, il y a trois ans, M. J. Vie, dans un article intitulé : *Vers une psychiâtrie sociale* (A.M.P. I, 1, 2, 3, 1943). Ces lignes résument en quelques mots le but de l'assistance extra-asilaire qui est à la fois de réadaptation et de prévoyance. Nous nous proposons, dans cette seconde partie de notre travail, d'en étudier les modalités actuelles en France, les réalisations étrangères, enfin les projets d'amélioration tant sur le plan de l'aide matérielle que sur celui de l'assistance morale.

I. — ETAT ACTUEL DE L'ASSISTANCE PSYCHIATRIQUE EXTRA-ASILAIRE EN FRANCE

Nous pouvons grouper sous quatre rubriques les modes d'assistance actuellement en vigueur à Paris et en pro-

vince, relevant tant des ordonnances ministérielles que de l'initiative privée.

1° Colonies familiales et placement agricole

Si, en matière psychiâtrique, la France fut l'initiatrice tant au point de vue pathologique qu'au point de vue législation, la première réalisation d'un centre d'aliénés extra-hospitalier est due à la Belgique, dont nous verrons, dans le chapitre suivant, les intéressants apports à la prophylaxie psychiâtrique. C'est en effet à Gheel, petit village de Campine, rendu célèbre par le martyre de Sainte Dymphe, patronne des aliénés, que fut créée la premier colonie familiale, il y a plus de cinq cents ans. Les déments y étaient conduits dans l'espoir d'une guérison miraculeuse et demeuraient, par la suite, confiés aux habitants qu'ils aidaient aux soins de la ferme... Moreau (de Tours), témoin de cette organisation en 1843, en pressentit l'excellence et en préconisa le principe. Celui-ci ne devait être essayé qu'en 1893 et 1900, lors de la création des colonies familiales de Dun-sur-Auron (Cher) pour les femmes, et d'Ainay-le-Château (Allier) pour les hommes, réservées aux aliénés chroniques, tranquilles et susceptibles d'être utilisés aux travaux ruraux, du département de la Seine.

Le régime administratif de ces colonies est celui des hôpitaux psychiâtriques avec des modalités parfaitement réglées quant au versement d'une rétribution à l'hôte nourricier et, à condition de faire un choix judicieux des malades aptes à bénéficier du placement familial, ce mode d'assistance révèle des avantages importants.

Les inconvénients que l'on pourrait craindre tant pour le malade (fugues, ivresse, exploitation du travail, surveillance insuffisante) que pour la population (violences, actes délictueux), ne résistent pas, en général, à l'examen, ou sont si minimes que les avantages les contrebalancent

largement. Qu'il s'agisse, en effet, du malade, progressivement réadapté à la vie familiale, à la vie sociale, au travail en liberté, de la population que la présence d'un foyer médical instruit de l'hygiène rurale et à laquelle les malades apportent une main-d'œuvre appréciable, ou de l'assistance départementale, pour laquelle la colonie réalise une économie budgétaire tout en désencombrant les asiles, « ces avantages sont importants, les heureux résultats le prouvent, et montrent que ces institutions sont un complément indispensable de l'assistance aux aliénés » (J. Bobe : *Les colonies familiales d'aliénés*, Thèse, Paris, 1933).

A côté de la colonie familiale, existe un autre type d'organisation, le placement agricole surveillé : une seule institution de ce genre, pour les malades hommes de la Seine, existe en France, autour de la Colonie agricole de Chezal-Benoist (Cher). M. Donnadieu (*L'assistance aux aliénés par le placement agricole surveillé*, A.M.P. t. I, 1, 1915) a donné sur cette méthode un rapport qui ne peut qu'inciter à en préconiser l'extension. Ici le travailleur perçoit une rétribution qui, en partie, dégrève les charges du département, en partie se capitalise au nom de son bénéficiaire, lui permettant une certaine amélioration de son sort et, le cas échéant, constituant un pécule intéressant, à la sortie. Comme le dit l'auteur de l'article cité, « placement surveillé et colonie familiale ne s'opposent pas ». Nous dirons même davantage, ils se complètent : celui-là marque un pas de plus vers la réadaptation sociale. En donnant suffisamment d'extension à cette assistance de placement, on peut imaginer un reclassement graduel du psychopathe amélioré reprenant contact avec la vie commune au sortir de l'hôpital psychiâtrique, d'abord dans le cadre d'une colonie familiale, où le travail n'est pas obligatoire, mais où l'ambiance laborieuse crée une excellente émulation, puis dans un placement agri-

cole surveillé où il pourra, peut-être, se considérer comme semblable aux autres ouvriers ruraux et reprendre avec le minimum de heurts une vie normale, selon une progression que ne pourrait offrir la vie asilaire.

Quant à la méthode écossaise de placement homo-familial, jadis essayée par MOREL et ARTHAUD, tentée à nouveau à Lurcy-Lévy (Allier), elle ne paraît pas avoir donné en France de résultats satisfaisants.

Le seul reproche à faire au placement familial et agricole n'en est pas un : c'est le regret de ne pas voir déjà adoptée la proposition STRAUSS de 1938, l'extension de ce mode d'assistance aux provinces françaises. On ne peut que faire des vœux pour la réalisation d'un tel projet.

2° L'assistance post-asilaire

Marquant un degré de plus dans l'étude de la réadaptation du psychopathe à la vie normale, nous envisagerons maintenant l'assistance qui lui est offerte à la sortie de l'Hôpital psychiâtrique.

Hélas, nous nous trouvons en cette matière devant une organisation à peine ébauchée. Nous verrons plus loin les réalisations étrangères; elles ne feront que mettre davantage en évidence le manque d'envergure et de base administrative des réalisations françaises.

Ceci dit, il convient de ne pas jeter le discrédit sur les modes d'assistance actuellement existants. Leur efficacité, loin d'être négligeable, est d'autant plus appréciable que leurs moyens sont plus réduits. On peut les grouper en deux catégories : les *Sociétés de patronage* et les *Services sociaux*.

Les Sociétés de patronage, dont la plus ancienne est celle des aliénés guéris de Paris, fondés en 1841 par FALRET et l'abbé CHRISTOPHE, bientôt imitée en province, ont été « encouragées... » à de nombreuses reprises tant par

l'Inspection générale (1876-1889 : rapport Bourneville; 1893 : rapport Doutrebente) que par les circulaires ministérielles.

La dernière en date, circulaire Rucart du 13 octobre 1937, « invite... » les Préfets à favoriser la création de Sociétés de patronage. Encouragements et invitations sont une bonne chose; un réglement administratif et une aide financière seraient plus efficaces.

La même circulaire envisageait dans chaque département l'institution d'un Service social psychiâtrique avec assistantes spécialisées. Malheureusement, là encore, les réalisations sont isolées. En dépit du nouveau réglement du Service intérieur des hôpitaux psychiâtriques, en date du 5 février 1938, les services sociaux des asiles sont entièrement à créer. Aucune autre organisation en France ne peut être comparée au Service social psychiâtrique, créé en 1922 par Toulouse et sur lequel nous allons revenir un peu plus loin.

C'est donc spécialement à cet échelon de l'assistance aux psychopathes qu'il y aurait énormément à faire. Nous avons vu que l'extension des placements ruraux pourrait les réadapter à la vie sociale. Nous allons voir les organisations de prophylaxie psychiâtrique déjà existantes. Entre les deux, il est urgent de réaliser un service d'assistance intermédiaire, où le malade convalescent, guéri ou amélioré, trouverait, avec une surveillance médicale périodique, une aide pécunière éventuelle et la possibilité de trouver un travail adapté à ses facultés.

C'est aussi à un tel organisme qu'incomberaient les enquêtes médico-sociales à l'admission d'un aliéné afin de secourir les familles que l'internement de l'un des leurs prive d'une part ou de la totalité de leurs ressources (cas d'un père de famille non assuré social, petit artisan ou travailleur irrégulier).

3° Les dispensaires psychiâtriques et l'assistance aux jeunes anormaux

Un stade supérieur d'assistance est le dispensaire psychiâtrique. Si l'on excepte les consultations externes de l'Hôpital Sainte-Anne, fondées vers 1870 par MAGNAN, on peut dire que c'est avec TOULOUSE et la création du Centre de prophylaxie mentale qu'ont pris naissance les dispensaires psychiâtriques.

Quel en est actuellement le degré d'extension ?

1° *A Paris,* existe une double organisation de prophylaxie mentale, d'une part, celle du *Service libre du docteur Toulouse,* devenu *l'Hôpital Henri-Rousselle,* dont l'action est prolongée par des assistantes sociales spécialisées; d'autre part, à Paris et dans sa banlieue, sous les auspices de l'Office public d'hygiène sociale et de l'Union des Caisses d'assurances sociales de la région parisienne, le Docteur HEUYER a créé, en décembre 1941, des *Consultations de neuro-psychiâtrie,* primitivement infantile, mais s'adressant actuellement aussi aux adultes; organisation extrêmement vivace puisqu'en décembre 1943, après deux ans d'existence, elle comptait déjà 27 dispensaires de prophylaxie psychiâtrique, groupés en 8 secteurs, sous le contrôle de 24 médecins spécialistes, secondés par des assistantes sociales et des auxiliaires, formées par les stages et les cours du *Comité national de l'enfance déficiente;*

2° *En province,* tantôt certains hôpitaux psychiâtriques ont organisé des consultations spécialisées, tels les asiles d'Esquermes, La Charité, Quimper, Château-Picon, Mont-de-Marsan, Blois, Montdevergues, tantôt ce sont les dispensaires d'hygiène sociale (Oise, Seine-et-Marne, Angoulême, Toulouse, Pau, Limoges, Nancy). A Marseille, il existe à côté des consultations de prophylaxie psychiâtrique annexées au Dispensaire d'hygiène sociale des

consultations de neuro-psychiatrie infantile à l'Asile Saint-Pierre et un Centre de dépistage, de triage et de placement des jeunes anormaux et délinquants, placé sous le patronage du Comité de l'enfance déficiente.

Le parallèle entre l'organisation parisienne et l'organisation provinciale est éloquent : d'une part, des services prospères, en voie d'extension rapide, bénéficiant d'aides financières importantes, d'autre part, des initiatives privées, laborieusement devenues officielles, maigrement subventionnées par les municipalités ou les départements, réalisations dues aux efforts personnels des médecins aliénistes que les créent sans appui le plus souvent, et pour cela même isolées et ne pouvant, faute de moyens, prendre l'importance qu'elles mériteraient d'avoir.

L'assistance aux enfants anormaux est mieux organisée, tout au moins sur le plan traitement ou secours, beaucoup moins bien quant à la prévention... Pour les enfants anormaux mentaux, on a créé des classes de perfectionnement, 35 à Paris, 20 en province; pour les débiles éducables, des internats comme l'Institut d'Asnières et un certain nombre d'établissements similaires autour de Paris. En province, sauf exception, ces organismes sont dûs à des initiatives privées, laïques ou religieuses.

Enfin, les jeunes anormaux ont été dotés, par la loi du 27 juillet 1942, d'une organisation propre et officielle qui vient efficacement seconder, avec des Centres d'observation et de rééducation professionnelle, une Ecole nationale des cadres pour enfants déficients ou en danger moral, des tribunaux spéciaux d'enfants, toutes réalisations qui viennent enfin seconder efficacement les institutions publiques et privées, tant parisiennes que provinciales.

La criminalité juvénile qui, de 11.000 cas en 1939, est passée à près de 50.000 en 1945... devra certainement dans un avenir immédiat faire l'objet d'une réorganisation générale pour tout le territoire.

4° Contribution des Assurances sociales

L'Administration des Assurances sociales a sa part dans l'assistance psychiâtrique :

1° Par la prise en charge des invalidités consécutives aux psychopathies et la participation aux frais d'hospitalisation;

2° Par l'intégration dans l'ensemble des activités des Centres de prévention et de contrôle, et par l'extension au cas relevant de la Médecine mentale de l'octroi de suppléments de prestations en vue d'assurer le maximum d'efficacité et rapidité au traitement des sujets récupérables;

3° Par la création de consultations psychiâtriques ayant double rôle d'information administrative et de prophylaxie psycho-sociale (Cf. Doussinet : *Le problème psychiâtrique dans ses données pratiques générales. La contribution actuelle des assurances sociales, Archives de Médecine sociale,* I, 6, 1945).

II. — L'ASSISTANCE PSYCHIATRIQUE A L'ETRANGER

En regard des réalisations françaises dans le domaine de l'assistance psychiâtrique extra-hospitalière, nous exposerons maintenant, très brièvement les réalisations de quelques pays étrangers, en nous excusant, dès le début, de n'apporter que très peu de documentation sur les organisations anglaises et américaines, au sujet desquelles nous manquons d'informations suffisantes. Nous étudierons surtout les réalisations belges et suisses dont le rapprochement avec les nôtres peut être doublement fécond, étant donné les similitudes de langue et de civilisation et les rapports constants de voisinage qui nous unissent à ces deux nations.

En Belgique : on peut examiner une double organisation extra-hospitalière : celle de la Colonie familiale s'adressant aux aliénés, d'une part, celle du Dispensaire d'hygiène mentale et de l'Office de réadaptation sociale, d'autre part, s'adressant aux psychopathes libres.

La Belgique, nous l'avons dit, est la créatrice des *Colonies familiales d'aliénés* avec celle de *Gheel,* fondée vers la fin du VI[e] siècle, dans la Campine, en pays flamand, à laquelle s'est adjointe, en 1885, la Colonie de *Lierneux,* dans les Ardennes belges, en pays wallon. « Caractère essentiel du système belge : le plus grand nombre des malades sont placés directement à la colonie sans passer par un asile, la sélection est de ce fait très peu sévère » (J. Bobe : *Les colonies familiales d'aliénés.* Thèse, Paris, 1933).

L'assistance aux psychopathes fait l'objet d'une réglementation extrêmement intéressante. Le *Dispensaire d'hygiène mentale* est un organisme de dépistage, de triage, d'information et même de traitement; l'*Office de réadaptation sociale,* créé par la ville de Bruxelles, suit pas à pas dans le reclassement le malheureux confié à sa surveillance, dans un esprit essentiellement psychiâtrique. Cette assistance s'exerce auprès des psychopathes à la sortie des asiles fermés, des prisons, auprès des vagabonds, des jeunes anormaux et délinquants. Elle les oriente professionnellement, elle les place, les conseille, les surveille discrètement, fermement parfois, mais toujours avec bienveillance. Il existe sur ce type, en Belgique, six Offices de réadaptation sociale fonctionnant dans les grands centres (Cf. *Les offices de réadaptation sociale et le reclassement par le travail en Belgique,* Alexander (M.), *Aliéniste français,* juin 1935).

Il est à peine besoin de souligner l'excellence de tels organismes et l'intérêt que nous aurions, en France, à en réaliser de semblables.

La Suisse : ce paradis des psychopathes a depuis longtemps des formations d'assistance psychiâtrique qui, nées de l'initiative privée, ont été rapidement reconnues organismes nationaux. La Suisse compte environ 200.000 anormaux psychiques dont un quart de jeunes et, dans le cadre de l'assistance extra-hospitalière, il faut surtout citer l'Association *Pro infirmis,* dont l'action pénètre jusque dans les localités les plus reculées de tous les cantons, grâce à des consultations et à un service médico-pédagogique ambulatoire.

Mentionnons aussi l'extension des *Sociétés de patronage;* chaque asile en possède une, assurant un rôle d'aide matérielle et conseillère aux aliénés sortis guéris ou améliorés, de dépistage, d'aide financière aux semi-indigents, non indigents, non secourus par l'Etat, de prophylaxie et d'information auprès du public.

L'assistance aux délinquants est en voie de réalisation d'après les plans du nouveau Code pénal suisse à l'égard des délinquants psychopathes, adultes et enfants; quant à la lutte anti-alcoolique, elle s'appuie sur les législations cantonales, les asiles pour buveurs et les Sociétés de tempérance (Cf. analyses de R. Charpentier, in *A.M.P.*, II, 2, 1944, p. 204-211).

Les pays scandinaves : La surveillance des aliénés est assurée par une direction d'Etat : placement familial et dispensaires, internats scolaires pour arriérés éducables, asiles spéciaux pour alcooliques, avec commission de tempérance. La législation permet l'annulation du mariage au bout de trois ans d'aliénation d'un des conjoints si l'affection est reconnue comme chronique (Cf. *A.M.P.*, I, 2, 3, 4, 1942).

En Allemagne : L'assistance familiale est pratiquée depuis le XVIII[e] siècle. De nombreuses colonies familiales, des Sociétés de patronage, l'assistance à domicile fonctionnent largement. Un système d'assistance aux alcooli-

ques est créé depuis 1935. La tendance générale va vers l'hôpital clinique, c'est-à-dire vers le service ouvert. Le divorce des aliénés est admis; des Tribunaux d'eugénisme décident dans certains cas de la stérilisation des anormaux psychiques (Cf. *L'assistance psychiâtrique extra-hospitalière en Allemagne*, par Georges Ilberg, traduction de M. Bersot. *Archives internationales de Neurologie*, avril-mai 1940).

En Italie : L'assistance psychiâtrique est caractérisée par un gros effort en faveur des enfants anormaux; pas d'assistance officielle en cure libre pour les adultes; la difficulté de réaliser les placements familiaux. Mentionnons cependant la colonie de St-Lazzaro, à Reggio, et celle de Imola (Cf. *L'assistance psychiâtrique extra-hospitalière en Italie*, par G. Modena. *Archives internationales de Neurologie*, août 1940).

L'Angleterre et les Etats-Unis se sont particulièrement préoccupés des aliénés criminels (Asile spécial de Brodmoor, Engl.).

Le système anglais de « l'open-door » est poussé dans certains états américains jusqu'au « parol system » (Liberté sur parole), alors que dans d'autres états, « l'aliéné passe quelque temps dans une cellule de prison, pour être ensuite présenté au Tribunal avant d'être interné » (Heuyer).

III. — L'HYGIENE MENTALE ET LES BASES DE LA PROPHYLAXIE PSYCHIATRIQUE

Nous allons maintenant, en nous appuyant sur les données que nous ont fournies l'étude de l'assistance psychiâtrique française et les réalisations étrangères dans le même domaine, essayer de préciser en quoi notre organisation est, à certains égards, périmée, dans quelle mesure elle peut être rajeunie et par quels moyens.

Avant d'aborder ces problèmes complexes, il nous semble nécessaire d'insister sur ce fait qu'une véritable prophylaxie mentale ne consiste pas seulement dans le dépistage des malades mentaux, mais aussi dans la prévention des facteurs pathogènes.

a) L'hygiène mentale éducative et réformatrice

L'hygiène mentale ne saurait s'appuyer uniquement sur des données issues des sciences naturelles; elle doit également s'inspirer des données issues des sciences morales. « Cependant les sciences naturelles et les sciences morales ne sont que deux manières d'aborder, d'étudier le monde, mais sous des aspects différents : elles ne s'opposent pas, mais se complètent, et la Biologie est la science qui utilise et coordonne leurs efforts et leurs résultats, sans négliger les expériences de l'empirisme » (A. Repond, 2e *Congrès international d'hygiène mentale*).

Corporelle ou mentale, l'hygiène est une discipline, un ensemble de règles éducatives et réformatrices.

Aussi, pratiquement, doit-on concevoir l'hygiène mentale non comme une science spéculative qui n'atteindrait pas les collectivités, mais comme une génératrice de réalisations concrètes. Son développement dans un pays dépend de l'état des mœurs comme de l'organisation sociale et sanitaire.

1° Sur le plan des applications, elle doit satisfaire à sa fonction éducative par la *propagande sociale,* grâce à tous les moyens que lui offre la civilisation moderne : la presse, le cinéma, la radio, les affiches, les conférences peuvent servir à ce but.

L'hygiène mentale doit être concrétisée par des *Centres d'information et d'assistance,* organismes d'études et de documentation, mais aussi d'aide efficace, appelés à résoudre des « cas sociaux », à diriger de façon compétente

les concours bénévoles, à orienter les malades vers l'homme ou l'institution capable de les soigner, à faire connaître, dans les milieux inéduqués, le rôle psychogène des grands fléaux sociaux : insalubrité, alcoolisme, tuberculose, syphilis...;

2° Sur le plan des réformes, l'hygiène mentale doit inspirer la recherche du rôle des conditions sociales dans la genèse des troubles mentaux et l'étude des améliorations à réaliser dans ce domaine. Ces considérations ont fait, au 2e Congrès international d'hygiène mentale (Paris, 1937), l'objet de nombreux rapports.

Levi-Bianchini (de Salerne), a signalé le rôle à la fois civilisateur et néfaste de la vie urbaine, entraînant avec elle son cortège : syphylis nerveuses, toxicomanies (drogues et alcool), suicides, psychonévroses, infections épidémiques neurotropes.

Pouquet a montré l'importance des facteurs médico-sociaux urbains en neuro-psychiâtrie infantile.

H. Bersot, dans un tout récent article de la revue suisse d'hygiène, a également mis l'accent sur le rôle favorisant de la vie citadine, par sa promiscuité, ses distractions, ses exigences de toutes sortes, dans l'éclosion des troubles mentaux : « La vie des grandes villes agit comme révélateur de déficience de caractère », de déséquilibre, de troubles réactionnels.

Enfin, avec M. Vie, nous signalerons un autre facteur social psychogène : les méthodes modernes de travail (Cf. *Vers une psychiâtrie sociale. A.M.P.*, I, 1, 2, 3, 1943). Celles-ci mettent immédiatement en infériorité les sujets non anormaux mais moins bien doués, qui, désadaptés, sont de futurs psychopathes. « Enfin, la pulvérisation du travail en opérations fragmentées le prive de tout intérêt, abolit toute initiative : l'homme n'est plus qu'un accessoire de la machine, et se trouve victime d'un véritable exercice de dissociation psychique » (*art. cit*).

Les améliorations des conditions d'existence devront donc se faire dans l'esprit de l'hygiène mentale. Le confort matériel doit être limité par le souci d'un harmonieux équilibre de la vie sociale. Comme le dit l'auteur précédemment cité : « la prophylaxie mentale ne doit pas se borner à l'élimination des inaptes, elle doit surtout viser à rendre à l'homme la vie possible ».

b) **Projets de réforme de l'assistance psychiâtrique en France**

« L'assistance aux malades mentaux exige de notre pays une transformation intégrale et urgente de la législation en cours qui règle les rapports entre les malades et les établissements publics et privés qui sont destinés à cet objet » (Heuyer, *Proposition d'une loi concernant l'assistance aux malades mentaux*).

Nous avons pu voir précédemment l'importance prise à l'étranger par le traitement en cure libre des psychopathes. Depuis plusieurs années, de nombreux aliénistes réclament la généralisation des Services ouverts, du type de l'Hôpital Henri-Rousselle. Pour beaucoup, il convient de réduire le plus possible les indications de la cure fermée : « Le traitement en service fermé sera réservé aux malades protestataires ou dangereux pour eux-mêmes ou la sécurité des personnes, mais aussi pour certains malades mentaux chroniques ou incurables qui, sans être immédiatement dangereux du fait de leurs troubles mentaux, ne peuvent vivre en liberté à cause de leur affaiblissement intellectuel ou de leur déséquilibre, et doivent être soumis à une surveillance continue. Il en est de même pour les toxicomanes qui ne peuvent être soignés ni à domicile, ni dans un service libre, et pour les alcooliques. Des mesures spéciales d'hospitalisation pour buveurs sont à prendre » (Heuyer, *art. cit.*).

L'assistance aux aliénés, telle que l'avait prévue la loi du 30 juin 1838, avait un double but : la protection des malades et de leurs biens, et la sécurité des personnes.

Ces deux points sont-ils suffisamment garantis par la cure libre en service ouvert ? Il semble que ce mode d'assistance ait donné d'excellents résultats partout où il a été appliqué, et il faut sans doute souhaiter le voir prendre en France une juste expansion. Peut-être, cependant, pourrait-on craindre que les malades placés en service fermé ne soient alors défavorisés et considérés comme incurables.

Enfin il nous semblerait souhaitable de voir s'édifier, dans un cadre officiel, une organisation du genre de celle que nous avons signalée en Belgique : Office de réadaptation sociale, spécialisé dans le reclassement familial, social et professionnel du psychopathe sortant de l'hôpital psychiâtrique libre ou fermé. A cet égard, le procédé du placement en colonie familiale, suivi d'un placement agricole surveillé, nous paraît réaliser une réadaptation en échelons, extrêmement intéressante, qu'il y aurait lieu de généraliser sur tout le territoire et d'étendre, pour les travailleurs non agricoles, en placement artisanal surveillé.

CONCLUSIONS

Nous avons poursuivi la présente étude, consacrée à une question d'hygiène et de prévoyance assez particulière, celle de l'aliéné, dans le cadre d'un hôpital psychiâtrique où il nous a paru intéressant de réunir, dans un travail d'ensemble, quelques données sur la condition médicale des malades mentaux pendant leur séjour en établissement fermé et la protection que la Société est susceptible de leur offrir, quand ils sont rendus à la vie commune.

I. — Dans une première partie, nous avons exposé les différents points de l'hygiène hospitalière psychiâtrique avec ses modalités spéciales à chaque catégorie d'aliénés.

L'hygiène alimentaire, ainsi que la prophylaxie anti-infectieuse nous ont particulièrement retenus et nous avons cru devoir signaler l'importante contribution qu'ont payée, pendant ces six dernières années, les malades mentaux, à la sous-alimentation et à la tuberculose.

II. — Le seconde partie de notre travail expose les améliorations les plus récentes apportées à la condition sociale des internés et de leur famille, et, spécialement, la question si délicate du reclassement des malades mentaux sortis de l'hôpital psychiâtrique, guéris ou seulement améliorés.

Beaucoup reste encore à faire en ce domaine; surtout à l'heure actuelle, où les plus grandes difficultés résultant de la guerre se dissipent peu à peu.

Un plan détaillé de psychiâtrie préventive, une organisation rationnelle de l'hygiène mentale, sont depuis longtemps à l'étude : nous en exposons les aspects médicaux les plus importants, avec quelques modestes suggestions personnelles que nous a inspirées la fréquentation quotidienne des aliénés depuis plusieurs mois.

SERMENT

En présence des maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la Médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaires ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes; si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu :
Le Doyen,
R. DUPÉRIÉ.

Vu, bon à imprimer :
Le Président du Jury,
M. CREYX.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur,
A. MARCHAUD.

BIBLIOGRAPHIE

(Cette bibliographie, très incomplète, ne comprend que la liste des travaux que nous avons consultés.)
A.M.P. = Anales Médico-Psychologiques.

PREMIERE PARTIE

1. Abely (X.). — *A propos des états de carence observés dans les services psychiâtriques* (*A.M.P.*, II, 3-4, 1941).
2. Andre-Le Cannu (Y.). — *Evolution du traitement de l'aliénation mentale dans ses rapports avec la Pathogénie* (Thèse, Paris, 1933).
3. Armand (L.). — *Le pavillon spécial des tuberculeuses des hôpitaux psychiâtriques de la Seine* (Thèse, Paris, 1943).
4. Bachet (M.). — *Etude des troubles causés par la dénutrition dans un asile d'aliénés* (Thèse, Paris, 1943).
5. Conteneau (G.). — *La Médecine chez les Assyriens et les Babyloniens* (Masson, Paris, 1937).
6. Coulomb et Letailleur. — *Essai de radioscopie systématique en milieu psychiâtrique* (*A.M.P.*, mars 1944).
7. Derlitzsch. — *Mehr Licht* (Leipzig, 1907).
8. Desruelles et Lauzier. — *Une enquête sur l'assistance aux aliénés en France, en* 1931 (in *Aliéniste Français*, n° 2, 1934).
9. Ferrio. — *Le centenaire de la loi française du* 30 *juin* 1938 (*A.M.P.*, I, 5, 1939).
10. Lepage et collaborateurs. — *Aspect d'actualité de la tuberculose des aliénés* (*A.M.P.*, II, 5, 1942).
11. Marandon de Montyel. — *L'hospitalisation de la folie dans les nouveaux asiles ouverts pour les aliénés* (*Anales d'hygiène*, 1899).
12. Masson-Oursel (P.). — *La philosophie en Orient* (in *Histoire de la Philosophie*, par E. Brehier. *Presses univers.*, Paris, 1938).
13. Montassut, Durand et Ripart. — *Avitaminoses B* 1 *au cours des psychopathies chroniques* (*A.M.P.*, II, 3, 4, 1941).

14. Perrot (R.-M.). — *Les problèmes de la lutte anti-tuberculeuse dans les asiles d'aliénés* (Thèse, Paris, 1936).

15. Pinel. — *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie* (Paris, an IX).

16. Pinel (Scipion). — *Traité complet du régime sanitaire des aliénés* (1836).

17. Porot, Sutter et Bardenat. — *La tuberculose des aliénés. Organisation du dépistage et des soins anti-tuberculeux dans un hôpital psychiâtrique* (*A.M.P.*, II, 4, 1944).

18. Raynier (J.) et Beaudoin (H.). — *L'aliéné et les asiles d'aliénés au point de vue administratif et juridique* (Paris, le François, 1930).

19. Raynier (J.) et Beaudoin (H.). — *La tuberculose dans les asiles d'aliénés* (*A.M.P.*, I, 1, 1925).

20. Raynier, Beaudoin, Briau et Pinard. — *Le régime alimentaire des asiles d'aliénés* (in *L'Aliéniste Français*, nos 3, 4, 5, 1934).

21. Raynier (J.) et Lauzier (J.). — *La construction et l'aménagement de l'hôpital psychiâtrique et des asiles d'aliénés* (Paris, Peyronnet, 1935).

22. Serieux (P.). — *Le Parlement de Paris et la surveillance des maisons d'aliénés et de correctionnaires au* XVII*e et au* XVIII*e siècles* (*Revue historique de droit français et étranger*, 1938).

23. Sivadon (P.) et Queron (P.). — *Sur la sensibilité particulière des malades mentaux à l'avitaminose B 1 à propos d'une épidémie de troubles carentiels de type béri-bérique dans la colonie familiale d'Ainay-le-Château* (*Soc. Méd.-Psych.*, 23 juin 1941, in *A.M.P.*, II, 3, 4, 1941).

24. Snegaroff (G.). — *La dysenterie bacillaire dans les hôpitaux psychiâtriques. Sa prophylaxie* (Thèse, Paris, 1942).

25. Trelat (U.). — *Recherches historiques sur la folie* (Paris, 1839).

26. Vie (J.) et collaborateurs. — *La tuberculose pulmonaire dans les hôpitaux psychiâtriques en période de sous-alimentation* (*A.M.P.*, II, 3, 4, 1942).

DEUXIEME PARTIE

27. Alexander (M.). — *Les offices de réadaptation sociale et le reclassement par le travail en Belgique* (in *Aliéniste Français*, juin 1935).

28. Alexander (M.). — *L'organisation d'un Centre de prophylaxie mentale* (2e *Congrès intern. d'hyg. ment.*, Paris, 1937).

29. Bobe (J.). — *Les colonies familiales d'aliénés* (Thèse, Paris, 1933).

30. Charpentier (R.). — *Assistance psychiâtrique et prophylaxie mentale* (*A.M.P.*, II, 3, 1944).

31. Demay (G.). — *Un siècle d'assistance psychiâtrique en France* (*A.M.P.*, I, 1, 2, 3, 1943).

32. Donnadieu (A.). — *Assistance aux aliénés par le placement agricole surveillé* (*A.M.P.*, I, 1, 1945).

33. Doussinet (P.). — *Le problème psychiâtrique dans ses données pratiques générales. La contribution actuelle des Assurances sociales* (*Archives de Médecine sociale*, t. I, n° 6, 1945).

34. Fail (G.). — *Essai sur un nouveau mode de placement familial des psychopathes économique et humanitaire* (Thèse, Paris, 1927).

35. Haye et Lauzier. — *L'hygiène et la prophylaxie mentales, bases de l'assistance psychiâtrique* (*Aliéniste Français*, 5, 1937).

36. Hazeman et Fouquet. — *Le service de prophylaxie mentale de l'Office public d'hygiène social de la Seine* (*A.M.P.*, II, 5, 1943).

37. Herbland-Morin (P.). — *Les réalisations pratiques de l'hygiène mentale* (Thèse, Paris, 1922).

38. Heuyeur (G.). — *Proposition d'une loi concernant l'assistance aux malades mentaux* (*A.M.P.*, I, 3, 1945).

39. Heuyer, Hazemann et Hure. — *Quelques réalisations récentes dans le domaine de la prophylaxie mentale* (*Bulletin médical*, 15 septembre 1942).

40. Ilberg (G.) (Trad H. Bersot). — *L'assistance psychiâtrique extra-hospitalière en Allemagne* (*Archives internat. de Neurologie*, avril-mai 1940).

41. Pouquet (R.). — *Facteurs médico-sociaux urbains en neuro-psychiâtrie infantile* (*Arch. de Méd. Soc.*, I, n° 2, 1945).

42. Repond (A.). — *Les bases scientifiques de l'hygiène mentale* (2e Congrès d'hygiène mentale, Paris, 1937).

43. Repond (A.). — *Problèmes scientifiques et pratiques communs à la Psychiâtrie, à l'Hygiène mentale et à la Prévoyance en faveur des infirmes et des anormaux* (*A.M.P.*, II, 1, 1942).

44. Vie (J.). — *Vers une psychiâtrie sociale* (*A.M.P.*, I, 1, 2, 3, 6, 1943).